



# COHMIS

## Formulario de Actualización de Estado de OneHome

NOMBRE DEL CLIENTE									
<p><i>Si el hogar tiene otro nombre, agréguelo al alias e incluya entre paréntesis el tipo de nombre (por ejemplo, nombre legal, apodo, nombre de la calle, nombre muerto)</i></p> <p><i>Para apellido y nombre, ingrese el nombre que usa el hogar, incluso si no es el nombre legal.</i></p>									
NOMBRE DEL PROYECTO									
FECHA DE EVALUACIÓN (mes/día/año)				—			—		
Condición de Discapacidad									
<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Cliente no sabe							
<input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> Cliente prefiere no responder							
		<input type="checkbox"/> Datos no recopilados							
Discapacidad física									
<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Cliente no sabe							
<input type="checkbox"/> Si*		<input type="checkbox"/> Cliente prefiere no responder							
		<input type="checkbox"/> Datos no recopilados							
*Si responde <b>Si</b> por discapacidad física Se espera que tenga una duración prolongada e indefinida y ¿Afecta sustancialmente la capacidad del cliente para vivir de forma independiente?				<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente prefiere no saber <input type="checkbox"/> Datos no recopilados			
Discapacidad de Desarrollo									
<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Cliente no sabe							
<input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> Cliente prefiere no saber							
		<input type="checkbox"/> Datos no recopilados							
Condición de Salud Crónica									
<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Cliente no sabe							
<input type="checkbox"/> Si*		<input type="checkbox"/> Cliente prefiere no saber							
		<input type="checkbox"/> Datos no recopilados							
*Si la respuesta es <b>Si</b> para una condición de salud crónica Se espera que tenga una duración prolongada e indefinida y que afecte sustancialmente la capacidad del cliente para vivir de forma independiente?				<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente prefiere no saber <input type="checkbox"/> Datos no recopilados			
VIH/SIDA									
<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Cliente no sabe							
<input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> Cliente prefiere no saber							
		<input type="checkbox"/> Datos no recopilados							
Trastorno de salud mental									

<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe	
<input type="checkbox"/> Si*	<input type="checkbox"/> Cliente prefiere no saber	
	<input type="checkbox"/> Datos no recopilados	
*En caso <b>afirmativo</b> , para trastorno de salud mental Se espera que tenga una duración prolongada e indefinida y que afecte sustancialmente la capacidad del cliente para vivir de forma independiente?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente prefiere no saber <input type="checkbox"/> Datos no recopilados	
<b>Trastorno por uso de sustancias</b>		
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe	
<input type="checkbox"/> Trastorno por consumo de alcohol*	<input type="checkbox"/> Cliente prefiere no saber	
<input type="checkbox"/> Trastorno por consumo de drogas*	<input type="checkbox"/> Datos no recopilados	
<input type="checkbox"/> Trastorno por consumo de alcohol y drogas*		
*Si responde <b>Sí</b> al trastorno por uso de sustancias Se espera que tenga una duración prolongada e indefinida y que afecte sustancialmente la capacidad del cliente para vivir de forma independiente?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente prefiere no saber <input type="checkbox"/> Datos no recopilados	
<b>SOBREVIVIENTE DE VIOLENCIA DOMÉSTICA</b>		
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe	
<input type="checkbox"/> Si*	<input type="checkbox"/> Cliente prefiere no saber	
	<input type="checkbox"/> Datos no recopilados	
<b>*Si contestó <b>Sí</b> a la respuesta de Sobreviviente de violencia doméstica</b>		
¿Cuándo ocurrió esta experiencia?	<input type="checkbox"/> En los últimos tres meses	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe
	<input type="checkbox"/> De tres a seis meses (excluyendo seis meses exactamente)	<input type="checkbox"/> Cliente prefiere no saber
	<input type="checkbox"/> De hace seis a doce meses (excluyendo un año exactamente)	<input type="checkbox"/> Datos no recopilados
	<input type="checkbox"/> Hace más de un año	
¿Estás huyendo actualmente?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe
	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Cliente prefiere no saber
		<input type="checkbox"/> Datos no recopilados

<b>INGRESOS EN EFECTIVO PARA INDIVIDUOS</b>		
¿Ingresos de cualquier fuente?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe
	<input type="checkbox"/> Si*	<input type="checkbox"/> Cliente prefiere no saber
		<input type="checkbox"/> Datos no recopilados
<b>*Si responde <b>Sí</b> a ingresos de cualquier fuente: indique todas las fuentes que correspondan</b>		
<b>Fuente de ingresos (Marque todo lo que corresponda)</b>	<b>Cantidad mensual</b>	
<input type="checkbox"/> Ingreso del trabajo (es decir, ingreso laboral)		
<input type="checkbox"/> Seguro de desempleo		
<input type="checkbox"/> Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI)		
<input type="checkbox"/> Seguro de Incapacidad del Seguro Social (SSDI)		
<input type="checkbox"/> Compensación por discapacidad relacionada con el servicio de VA		

<input type="checkbox"/> Pensión por discapacidad no relacionada con el servicio de VA	
<input type="checkbox"/> Seguro privado de invalidez	
<input type="checkbox"/> Compensación de trabajadores	
<input type="checkbox"/> Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)	
<input type="checkbox"/> Asistencia General (GA)	
<input type="checkbox"/> Ingresos de jubilación del Seguro Social	
<input type="checkbox"/> Ingresos de pensión o jubilación de un trabajo anterior	
<input type="checkbox"/> Manutención de los hijos	
<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia y otros alimentos conyugales	
<input type="checkbox"/> Otros ingresos en efectivo (especifique: _____)	
<b>Monto Total Mensual</b>	

### BENEFICIOS NO EFECTIVOS

<b>¿Recibe beneficios no monetarios?</b>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe
	<input type="checkbox"/> Si*	<input type="checkbox"/> Cliente prefiere no saber <input type="checkbox"/> Datos no recopilados

**\*Si responde **Sí** a recibir beneficios no monetarios: indique todas las fuentes que correspondan**

<input type="checkbox"/> Programa de asistencia nutricional suplementaria	<input type="checkbox"/> Servicios de transporte TANF
<input type="checkbox"/> Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)	<input type="checkbox"/> Otros servicios financiados por TANF
<input type="checkbox"/> Servicios de cuidado infantil TANF	<input type="checkbox"/> Otro beneficio no monetario (Especificar fuente: _____)

### SEGURO DE SALUD

<b>¿Está cubierto por un seguro médico?</b>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe
	<input type="checkbox"/> Si*	<input type="checkbox"/> Cliente prefiere no saber <input type="checkbox"/> Datos no recopilados

**\*Si responde **Sí** a Cubierto por seguro médico: indique todas las fuentes que correspondan**

<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> Seguro médico obtenido a través de COBRA
<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Seguro médico de pago privado
<input type="checkbox"/> Programa estatal de seguro médico para niños	<input type="checkbox"/> Seguro Estatal de Salud para Adultos
<input type="checkbox"/> Servicios médicos de la Administración de Veteranos (VA)	<input type="checkbox"/> Programa de servicios de salud indios
<input type="checkbox"/> Seguro médico proporcionado por el empleador	<input type="checkbox"/> Otro seguro médico (Especifique fuente: _____)

### PREFERENCIAS Y ELEGIBILIDAD DE VIVIENDA DE ONEHOME

**¿En qué condado estarías dispuesto a vivir? (SELECCIONE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN)**

<input type="checkbox"/> Cualquier	<input type="checkbox"/> Boulder County	<input type="checkbox"/> Denver County	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe
<input type="checkbox"/> Adams County	<input type="checkbox"/> City of Boulder	<input type="checkbox"/> Douglas County	<input type="checkbox"/> Cliente prefiere no responder
<input type="checkbox"/> Arapahoe County			<input type="checkbox"/> Datos no recopilados

<input type="checkbox"/> Broomfield County	<input type="checkbox"/> Longmont	<input type="checkbox"/> Jefferson County
	<input type="checkbox"/> Rural/Montañas	<input type="checkbox"/> Rural/Montañas
	<input type="checkbox"/> Sin preferencias	<input type="checkbox"/> Sin preferencias
	<input type="checkbox"/> Otra (especificar): _____	<input type="checkbox"/> Otra (especificar): _____

<b>¿Hay algún vecindario o ciudad en el que definitivamente no vivirías incluso si fuera la única opción de vivienda disponible?</b>	
--	--

<b>¿Tiene otras necesidades de vivienda que respaldarán su éxito? (SELECCIONE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN)</b>
---

<input type="checkbox"/> Fumadores	<input type="checkbox"/> Puede hacer un máximo de 1 a 3 pasos (es decir, repisa o escalón para ingresar a la unidad)	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Accesible para sillas de ruedas (ducha adaptada para silla de ruedas, sin escalones, barras de apoyo, etc.)	<input type="checkbox"/> Dormitorio adicional para cuidados internos	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe
<input type="checkbox"/> Ascensor	<input type="checkbox"/> Animal de servicio documentado	<input type="checkbox"/> Cliente prefiere no responder
	<input type="checkbox"/> Animal de apoyo emocional documentado	<input type="checkbox"/> Datos no recopilados
	<input type="checkbox"/> Otra mascota	

<b>Marque a continuación los tipos de vivienda que le interesarían. Explique los tipos de vivienda disponibles para garantizar la comprensión, no dé por sentado. Seleccione todas las que correspondan.</b>
--

<input type="checkbox"/> Basado en proyectos (el apoyo generalmente está disponible en el sitio, el subsidio está vinculado a unidades particulares y no viaja con inquilinos individuales)
<input type="checkbox"/> Sitio disperso/basado en inquilinos (el recurso de vivienda está conectado a la persona y la unidad se encontrará en el mercado de viviendas; puede haber flexibilidad con antecedentes penales y crediticios)
<input type="checkbox"/> Vida sobria (requisitos de sobriedad vigentes)
<input type="checkbox"/> Programa de trabajo (apoyos laborales integrados y a menudo requeridos)
<input type="checkbox"/> Ocupación de habitación individual (SRO por sus siglas en inglés) (como un hotel/dormitorio, sin cocina individual)
<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Cliente no sabe
<input type="checkbox"/> Cliente prefiere no responder
<input type="checkbox"/> Datos no recopilados

<b>¿Existen barreras en materia de vivienda, como antecedentes penales, fabricación de metanfetamina, incendios provocados, delitos sexuales, delitos graves violentos en el último año, delitos menores en los últimos 3 años, delitos graves en los últimos 5 años?</b>	
---	--

<b>¿Le debe dinero a lo siguiente (marque todo lo que corresponda):</b>
---

<input type="checkbox"/> Deuda anterior del propietario	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe
<input type="checkbox"/> Deuda de servicios públicos pasada	<input type="checkbox"/> Cliente prefiere no responder
<input type="checkbox"/> Agencia de Cobranza en Alquiler	<input type="checkbox"/> Datos no recopilados

<i>Proveedores: En caso afirmativo, apoye al hogar para obtener un plan de pago, ya que puede ser necesario para la vivienda.</i>
---

<b>¿Tiene el hogar algún desalojo?</b>
--

<input type="checkbox"/> Sí, menos de 1 año.	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí, entre 1 y 7 años.	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe
<input type="checkbox"/> Sí, más de 7 años.	<input type="checkbox"/> Cliente prefiere no responder
	<input type="checkbox"/> Datos no recopilados

### Recibe servicios en Aurora?

- |                              |  |
|------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> No  | <input type="checkbox"/> Cliente no sabe           |
| <input type="checkbox"/> Si* | <input type="checkbox"/> Cliente prefiere no saber |
|                              | <input type="checkbox"/> Datos no recopilados      |

#### INFORMACIÓN DE CONTACTO (Opcional: ingresado en la pestaña Contactos) Mensaje de trabajo personal

<b>Número de teléfono</b>	
<b>Correo electrónico</b>	

#### DIRECCION (Opcional: ingresada en la pestaña de ubicaciones) Dirección actual Última dirección permanente Dirección postal

<b>Calle</b>			
<b>Ciudad</b>			
<b>Estado</b>		<b>Código postal</b>	

---

Firma del solicitante que indica que toda la información es verdadera y correcta.

---

Fecha